

God in de operatiekamer

Het uit de hand gelopen conflict op het VU medisch centrum in Amsterdam is typerend voor de gesloten cultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen. En dat is levensgevaarlijk, zegt veiligheidsexpert Jan Klein.

tekst Geert Maarse fotografie Levien Willemse



Prof. dr. Jan Klein (1956) is anesthesioloog en bijzonder hoogleraar 'Veiligheid in de zorg' bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG). Hij werkte als afdelingshoofd op het Erasmus MC en adviseert verzekeraar Achmea over de inkoop van veilige zorg. Tot 2011 was hij verbonden aan het Maasstadziekenhuis. Klein vertrok nadat het bestuur zijn adviezen over de uitbraak van de resistente Klebsiella-bacterie in de wind geslagen had.

> Jan Klein live

Op donderdag 20 september schuift prof. dr. Jan Klein aan in Studio Erasmus, de maandelijkse talkshow van Studium Generale in De Unie (aanvang 19.30 u). Bijwonen? Ga naar eur.nl/sgec.

Bij het VUmc kwamen twee specialisten thuis te zitten met een spreekverbod. Twee van de drie bestuursleden stapten op. En nu is de hele afdeling Longchirurgie gesloten.

Wat is dat voor bizarre toestand? "Het gaat vooral om een conflict tussen een longchirurg en het hoofd van de Intensive Care (IC). Geen ordinaire ruzie tussen collega's, maar een conflict met een aanloop van jaren. Ik ben erbij betrokken geraakt omdat Argos, een onderzoeksprogramma van Radio 1, bij mij aanklopte met de vraag of ik een aantal documenten rond dit conflict voor ze wilde analyseren. Glad ijs voor een wetenschapper, maar de conclusie was simpel: de situatie bij de VU was zo ernstig, dat het niet de vraag was of er mensen vermijdbaar zouden overlijden, maar *wanneer*."

Waar ging dit conflict over? "Het is begonnen met één patiënt. Die had na de operatie nog slijm in de longen. De chirurg zei: dat moet weggezogen worden. De intensivist zei: dat bepalen wij wel. Dat ging een paar dagen zo door, waarin de ademhalingsproblemen steeds heftiger werden. Er kwam uiteindelijk een intensivist in opleiding bij kijken, maar die vond niets. Tot de patiënt nog zo weinig zuurstof kreeg dat een aantal organen ermee ophielden, en hij overleed. Wat bleek: die longen zaten propvol slijm."

Hoe kan dat, in een academisch ziekenhuis? "Er is bij de VU sprake van een aantal essentiële conflicten en tegenstellingen. Het ziekenhuis wordt van oorsprong bemand door mensen met een confessionele, religieuze achtergrond. Maar er zijn ook mensen die daar niets mee hebben. En belangrijker: er is altijd strijd tussen intensivisten en chirurgen. Het werk op de IC wordt niet gezien als een volwaardig specialisme, waardoor de artsen daar zich miskend voelen. Zij vinden dat zij de eindverantwoordelijkheid hebben voor hun patiënten. Dus worden de adviezen van een chirurg in de wind geslagen."



Gaat dit alleen maar over ego's? "In zekere mate, maar er zijn bijna geen artsen die moedwillig onverantwoorde situaties creëren. Er is vooral iets grondig mis met de manier waarop een ziekenhuis bestuurd wordt. Bij Shell of KLM, waar men ook te maken heeft met grote risico's, is sprake van een hele sterke *command and control*-structuur. Als de veiligheid in gevaar is, wordt er ingegrepen. Maar de raad van bestuur van een ziekenhuis heeft nauwelijks zicht op wat er op de werkvloer gebeurt. Afdelingen zijn gesloten bolwerken."

Wat moet hieraan gedaan worden? "Samenwerken. De oude structuur moet overboord. Informatie over een patiënt moet gedeeld en besproken worden. Iedereen, ook de verpleegkundigen – die vaak veel meer van iemand afweten dan de artsen – moet gestimuleerd worden om een rol op zich te nemen. Je moet elkaar kunnen aanspreken. Dat is ontzettend moeilijk. Je hebt een cultuur nodig waarin mensen kritisch kunnen zijn en er is een goede leider nodig. Geen autocratisch, hiërarchisch type, maar iemand die de vaardigheden heeft om een multidisciplinair team aan te sturen. Die zowel specialisten als de ondergeschikten de ruimte geeft."

Dat klinkt wel een beetje vaag. "Dat is ook een probleem. Maar er ligt een wereld van wetenschappelijk onderzoek aan ten grondslag. Naar structuren, naar cultuur, naar de oplei-



Er is altijd strijd tussen intensivisten en chirurgen'

'De vraag was niet of er mensen vermijdbaar zouden overlijden, maar wanneer' > Prof. dr. Jan Klein

ding van artsen. Maar optimale veiligheid bereik je niet met posters en protocollen. Daarvoor is een *paradigmashift* nodig. En het kan. In het Radboudziekenhuis, waar het in 2006 op de afdeling Hartchirurgie goed fout ging, met een aantal doden, is het inmiddels gelukt."

Een van de middelen die sinds 1 juli ingezet wordt om openheid te bevorderen, is een registratielijst voor medische missers. Een patiënt kan op internet opzoeken wat zijn behandelaar op zijn kerfstok heeft. Wat vindt u daarvan? "Een heel slechte ontwikkeling. Het tuchtrecht – want daar hebben we het over: artsen die door het tuchtcollege op de vingers zijn getikt – gaat alleen over het functioneren van individuen. En het probleem zit hem nou juist in de samenwerking."

Daar doe je het niet voor als je geopereerd moet worden. "Laat ik het zo zeggen: ook hele goede professionals komen in de problemen. Ik ben een keer betrokken geweest bij de besmetting van een anesthesiemiddel. Bestuurlijk betrokken. Ik heb het goed gevonden dat we overgingen op een grootverpakking. Maar doordat er onvoldoende hygiënisch met die verpakking gewerkt werd, zijn er zeven mensen ernstig ziek geworden en bijna overleden. Dat had mij voor de tuchtrechter waarschijnlijk een individuele veroordeling opgeleverd, terwijl er een heel team achter zat. Als zo iets op internet komt, heb je een gigantisch probleem."

Dat lijkt me precies het mechanisme dat ervoor zorgt dat er zoveel zaken onder het tapijt geveegd worden. Aan de ene kant zegt u: er moet meer openheid komen. Maar het mag niet in de krant. "Het gaat om het collectief. Ziekenhuizen zijn veel te gesloten. Dus duiken de media overal op en moeten er na elke fout koppen rollen. Maar als wij zelf openheid geven over een probleem, zie je dat mensen bijdraaien. Zelfs de familie. Die denkt dan: de dokter heeft ook zijn best gedaan."

Als er een fatale fout gemaakt wordt, heet dat 'vermijdbaar overlijden'. Wat is dat voor term? "Een subjectieve inschatting, gemaakt door specialisten op basis van dossieronderzoek."

Het gaat officieel om tweeduizend doden per jaar. Maar zouden dat er niet net zo goed drie- of vierduizend kunnen zijn? "Ik denk dat het werkelijke aantal nog hoger ligt. Vroeger was niets vermijdbaar. Sprake van een complicatie? *All in the game*. Je kon overlijden door een verkeerde narcose, zelfs als die door de portier was bereid. Tegenwoordig worden behandelingen steeds complexer, de mensen zieker. En dat wordt dan gebruikt als excuus: die was zo ziek, daar konden we niets aan doen. Ten onrechte."

Je kunt ook zeggen: artsen zijn ook maar gewoon mensen. Waar gehakt wordt vallen spaanders. "Dat hoor je vaak, ook nu bij het VUmc weer. Maar als je ziet welke samenwerkingsproblemen zo'n sterfgeval veroorzaken, vallen de schellen je van de ogen."

U heeft weleens gezegd: een ziekenhuis ondervindt geen financiële nadelen als een patiënt slecht behandeld wordt. "Je kunt er zelfs geld aan overhouden. Als iemand een complicatie heeft, moet hij nog een keer behandeld worden."

Hoe slechter je presteert, hoe meer geld je krijgt? "Met de invoering DBC (Diagnose Behandeling Combinatie, red.) is dat minder geworden, maar het is nog steeds een probleem. En het klinkt misschien heel cynisch, maar een dode patiënt is ook niet duur hè. Als je de problemen onder de pet houdt, krijgt je geen last qua reputatie. Het Maasstad is denk ik het eerste ziekenhuis geweest dat echt reputatieschade heeft opgelopen, als gevolg van de Klebsiella-uitbraak in 2010."

Is de kans op dit soort problemen groter in academische ziekenhuizen? "Mijn inschatting is van wel. Moeizame communicatie speelt overal, dus ook in perifere ziekenhuizen. Maar de kans op enorme ego's is groter bij universiteiten. Je moet erg gedreven zijn om hoogleraar of afdelingshoofd te worden. Die strijdvaardigheid is bovendien functioneel als het gaat om wetenschappelijk onderzoek. Maar ik zie onder afdelingshoofden en bestuursleden regelmatig zonnekoningen ontstaan."

U bent een van de weinige mensen die deze kritiek uit. Hoe komt dat? "Ik heb drie collega's die ook een leerstoel Patiëntveiligheid hebben. Een bij de VU, een bij het UMCU, de laatste bij het AMC. Zij werken bij een ziekenhuis, dus zijn onderdeel van het systeem. Ik ben als enige onafhankelijk. Als wij met iBMG nog onderdeel hadden uitgemaakt van het Erasmus MC, had ik geen uitspraken gedaan over de VU. Dan had men gezegd: dat doet hij om de concurrentie zwart te maken."

Moet er iets goed misgaan om te kunnen hervormen? "Ik ben bang van wel. En de vraag is overigens of de VU wel komt tot zo'n cultuurverandering. Ze begonnen gelijk over mensen ontslaan. Maar als ze alleen de wivraag blijven stellen en het bestuurlijke probleem niet aanpakken, dan verandert er op de werkvloer niets." 